



Universidade de Brasília – UnB

Faculdade de Ciências da Saúde – FS

Departamento de Saúde Coletiva – DSC

Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva

AMANDA MARTINS DE SOUZA

ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DE INDÍGENAS REFERENCIADOS AO
AMBULATÓRIO DE SAÚDE INDÍGENA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA

Brasília – 2015

AMANDA MARTINS DE SOUZA

**ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DE INDÍGENAS REFERENCIADOS AO
AMBULATÓRIO DE SAÚDE INDÍGENA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em Gestão em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dra. Ximena Pamela C. D. Bermúdez

Co-Orientador: Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann

Brasília – 2015

AMANDA MARTINS DE SOUZA

ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DE INDÍGENAS REFERENCIADOS AO
AMBULATÓRIO DE SAÚDE INDÍGENA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado como
requisito para obtenção do título de Bacharel em
Gestão em Saúde Coletiva pela Universidade de
Brasília.

Aprovado em: 11/12/2015

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Ximena Pamela C. D. Bermúdez

Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann

Denise Osório Severo

Brasília – 11 de dezembro de 2015

Agradecimentos

Queria agradecer primeiramente a Deus por sempre proporcionar conquistas na minha vida. A minha mãe Alessandra Martins, que mesmo durante 5 anos de faculdade esquecia que eu tinha aula durante a noite e me ligava preocupada querendo saber onde eu estava. Ao meu namorado e companheiro Danilo Zucco que sempre esteve ao meu lado seja me incentivando ou dando bronca quando era preciso. A minha orientadora Ximena Pamela Bermúdez por ser além de professora e orientadora ser também uma amiga e quase uma mãe e me tratar com todo o carinho e atenção desde o início do curso compreendendo minhas dificuldades e situações que parece que acontecem somente comigo. Aos meus colegas de curso que me aturaram durante essa longa jornada, mas em especial Samira de Castro, Elaine Serpa e Natasha Amin. Mas além de tudo agradeço aos meus falecidos avós Esdras e Maria do Carmo que me criaram e me ensinaram não o valor das coisas mas sim o valor das pessoas e dos momentos, espero que eles, independente onde estiverem, tenham orgulho dessa neta estabanada que morre de saudades dos dois.

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
1. INTRODUÇÃO.....	6
1.1 A POLÍTICA DE ATENÇÃO A SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS.....	6
1.2 O AMBULATÓRIO.....	8
1.3 OBJETIVOS.....	9
2. METODOLOGIA.....	10
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	11
3.1 O XINGU.....	12
3.2 ETNIA XAVANTE.....	13
3.3 ETNIA KAMAIURÁ.....	14
3.4 ETNIA KALAPALO.....	15
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
5. REFERÊNCIAS.....	18

RESUMO

O presente trabalho tenta trazer algumas aproximações sobre a configuração étnica e cultural de usuários indígenas atendidos no Ambulatório de Saúde Indígena do Hospital Universitário de Brasília. Trata-se de uma análise documental a partir dados secundários disponíveis no próprio Ambulatório e uma revisão bibliográfica do tema. O Ambulatório foi criado a partir de uma iniciativa de alunos Indígenas da UnB. A população indígena sofre descasos desde a Colonização do Brasil, por muitos terem sido mortos em 1910 foi criado o primeiro Serviço de Proteção do Índio. Com o passar dos anos a Constituição de 88 garantiu a eles identidade social e preservação de sua cultura, garantindo também inclusão nas prestações de serviços públicos como o acesso a saúde. O Brasil é um país que conta com importante diversidade étnica e cultural. A identificação das características etnográficas dos diversos povos pode contribuir para facilitar o diálogo intercultural no âmbito dos serviços de saúde, em favor de melhorar o acolhimento e o acesso destes grupos nas diversas estruturas do Sistema Único de Saúde. Considerando que o Ambulatório recebe indígenas de várias etnias, optou-se por apresentar aqui as três etnias com maior número de usuários que frequentam o HuB, sendo estas Xavante, Kamayura e Kalapalo.

Palavras-chave: Saúde Indígena; Povos Indígenas; Interculturalidade.

1. INTRODUÇÃO:

1.1 A POLÍTICA DE ATENÇÃO A SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Desde a colonização Portuguesa os povos indígenas sofrem, além da desestruturação social e os conflitos pelas terras e recursos naturais, com a falta de atenção social, cultural e da saúde. No início, missionários católicos se dispunham a ajudar e atender os índios substituindo as políticas públicas. Em 1910, depois de muitos índios mortos após a construção de ferrovias e linhas telegráficas foi criado o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais – SPI que prometia proteger suas terras e colocá-los em uma posição dentro da sociedade. (BRASIL, 2002) Mas a real intenção era acabar com os costumes indígenas e torná-los agregados a sociedade brasileira. (GARFIELD, 2000) O SPI permitiu a ocupação pacífica de várias regiões que eram habitadas por índios, esses por sua vez, passaram a residir em Postos indígenas que equivalia a pequenas partes dos territórios tribais. (COSTA, 1987)

Com a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas – SUSANA pelo Ministério da Saúde, na década de 50 proposto por Noel Nutels (COSTA, 1987), as aldeias indígenas começaram a receber atendimento odontológico, vacinação e controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis. Mais tarde foi criada, após o fim do SPI, a Fundação Nacional do Índio – FUNAI, que em relação a saúde dos povos indígenas, criou as Equipes Volantes de Saúde – EVS que foi baseado no SUSANA.

“Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem.” (BRASIL, 2002, p 7)

A Constituição de 1988 atesta os índios como entidade social levando em consideração seus costumes, crenças, línguas e tradições e estabelece os direitos sobre as terras que habitam competindo a União a demarcação, a proteção e respeito para todos os bens dos indígenas. A Constituição criou também o Sistema Único de Saúde – SUS, que foi regulamentado mais tarde pela lei 8080/90. Em

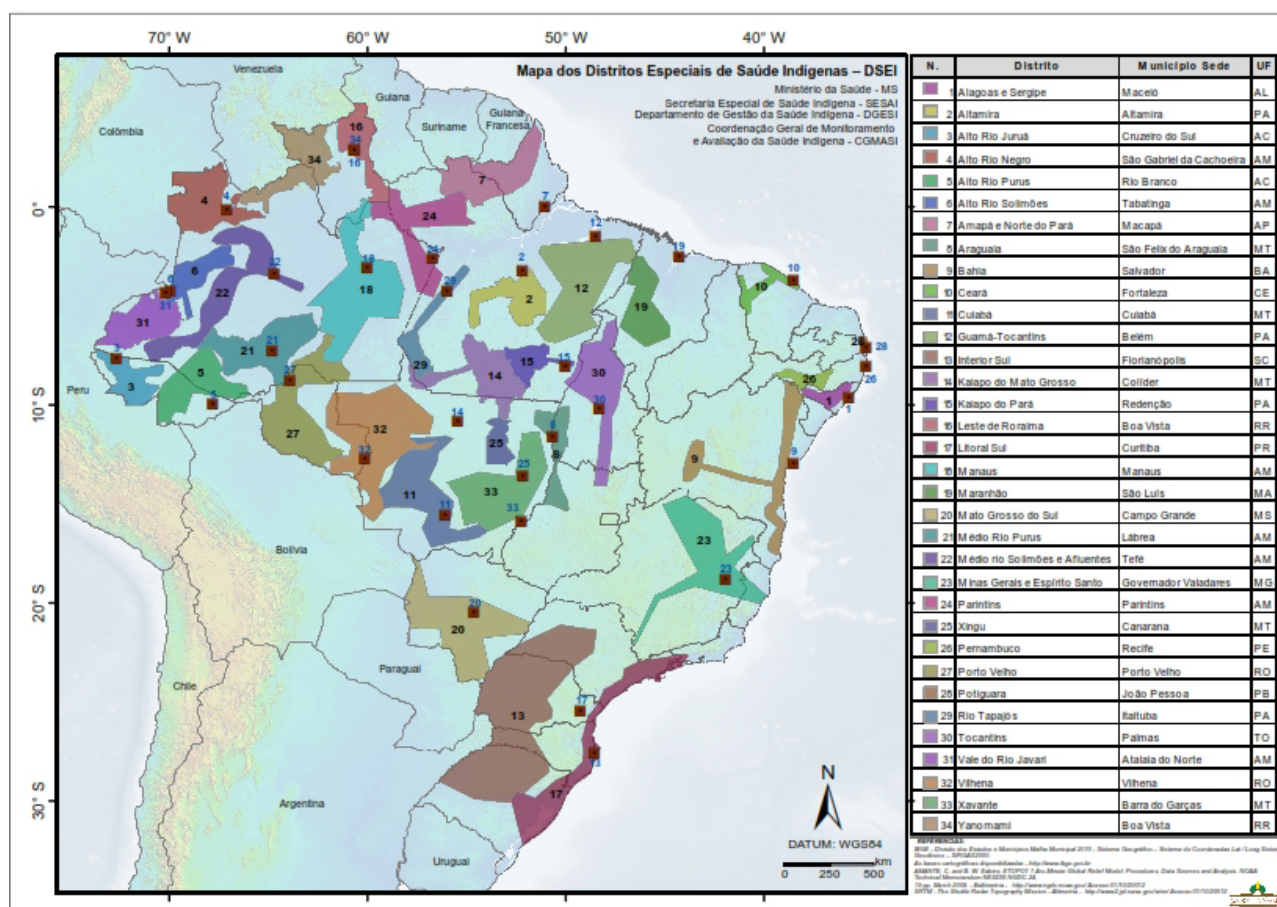
1991, a partir do Decreto Presidencial nº 23, foi transferido para o Ministério da Saúde a responsabilidade das ações de saúde destinadas aos povos indígenas onde ficou estabelecido os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.

Em 1994 a partir da Resolução nº 2 passaria para o Ministério da Saúde, mas especificamente para a Fundação Nacional da Saúde – FUNASA, a responsabilidade de prevenção da saúde dos povos indígenas, promovendo a criação de recursos humanos e controles de endemias e ainda a imunização e o saneamento, a FUNAI por sua vez ficaria responsável pela recuperação da saúde. (BRASIL, 2002)

A partir da Lei nº 9836/99 é estabelecida a criação de Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASI que estabelece condições para promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas e dispõe ainda o funcionamento e a organização de serviços equivalentes e outras determinações para o melhor atendimento tendo como base os DSEI. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas de 2002 tem como principal propósito garantir à atenção integral a saúde aos povos indígenas seguindo os princípios e diretrizes do SUS.

Os Distritos Sanitários Indígenas foram redefinidos na Política onde é organizada uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, articulada com a rede do SUS, hoje são 34. A rede de cada DSEI é composta por Polós-Base, que servem como o primeiro nível de atenção e ficam próximos as aldeias e se a situação de saúde do paciente não for resolvida neste nível o paciente é referido para um hospital do SUS que recebe casos de maior complexidade seguindo as demandas daquele distrito. Como os hospitais muitas vezes ficam distantes ou mesmo em outros estados, os índios são acolhidos nas Casas de Saúde Indígena – CASAI que procuram acomodar, alimentar, prestar assistência de enfermagem, marcar consultas, exames ou internação e acompanhar o paciente indígena, além de promoção da saúde, artesanato e lazer.

Figura 1. Mapa dos Distritos Especiais de Saúde Indígena – DSEI



Fonte: Pagina da SESAI no Portal Saúde

1.2 O AMBULATÓRIO

O Ambulatório de Saúde Indígena - ASI do Hospital Universitário de Brasília surgiu em 2013 a partir da iniciativa de estudantes indígenas, apoiados por alguns docentes, pesquisadores e funcionários do departamento de Saúde Coletiva e do Laboratório de Saúde do Trabalhador e Saúde Indígena (HOEFEL, SEVERO, BERMUDEZ et al, 2015) no intuito de juntar um ambiente de aprendizagem com o processo de integralidade à saúde dos povos indígenas. O ASI tem também o propósito de acolher e direcionar de forma humanizada os pacientes indígenas referenciados ao HUB.

Pelo fato do Ambulatório receber usuários indígenas provenientes de várias etnias, que tem formas de vida, costumes e práticas sociais de grande diversidade,

se faz necessário em uma perspectiva de integralidade da atenção e de um bom acolhimento saber qual a realidade vivida por aquele paciente dentro de sua aldeia para agregar valor aos processos de diagnóstico ou manuseio clínico da doença e possibilidades terapêuticas. Mesmo que muitas informações culturais não sejam disponibilizadas pelos povos indígenas como as ervas utilizadas, concepções acerca do processo saúde-doença, dispositivos de prevenção e cura, o contexto em que o paciente indígena está inserido, como poderia ser um exemplo, a proximidade de uma mineradora, ajuda a detectar os fatores de risco que existem no local em que ele está inserido.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as características culturais dos pacientes indígenas atendidos pelo Ambulatório Integral de Saúde Indígena do Hospital Universitário de Brasília - HUB.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Sistematizar aspectos étnico-culturais dos pacientes atendidos no HUB;

Identificar dados étnico-culturais sobre os usuários a partir de documentos programáticos do ambulatório;

Identificar características sociodemográficas dos distritos sanitários indígenas a que pertencem esses pacientes.

2. METODOLOGIA

Esse estudo tem caráter qualitativo por obter o levantamento de dados produzidos por meio de uma análise documental. Realizou-se uma revisão de literatura sobre o tema da saúde dos povos indígenas, identificação de além de documentos oficiais do Ministério da Saúde como portarias, decretos e políticas, além da Constituição Federal de 1988. Esta dimensão de análise de dados se complementa com um exercício de observação participante realizada por mim no ASI por um período de cinco semanas, contando ainda com observação etnográficas e conversas com membros chave do ambulatório incluindo preceptores, alunos e professores assim como a análise de registros disponíveis sobre os pacientes atendidos no período de junho de 2013 até a primeira semana de outubro de 2015 no ambulatório.

A etnografia pode ser descrita como um dos primeiros passos de uma pesquisa, com ela é possível observar e descrever de forma mais detalhada o trabalho de campo detalhado pela síntese estabelecida pela antropologia. Ainda as experiências de campo e as teorias aprendidas são essencialmente fundamentais a validade dos estudos qualitativos e nas relações estabelecidas com os dados empíricos. (NAKAMURA, 2011)

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o convívio no Ambulatório neste ponto serão apresentados os levantamentos feitos, aspectos culturais das etnias atendidas com mais frequência e da sua região.

Como o ambulatório surgiu em 2013 já foram atendidos, até a primeira semana de outubro de 2015, cerca de 115 pacientes que são acompanhados pelas equipes de saúde do HuB. Desses pacientes 66 são homens e 49 são mulheres que retornam constantemente ao hospital para acompanhamentos, tratamentos ou exames. Em sua grande maioria esses usuários vêm do Distrito Sanitário do Xingu. As etnias atendidas foram:

Tabela 1: Etnia e quantidade de pacientes

Etnia/ povo	Quantidade	Porcentagem
Xavante	25	21,74%
Kamaiurá	14	12,17%
Kalapalo	12	10,43%
Kuikuro	12	10,43%
Suya	6	5,22%
Ikpeng	5	4,35%
Xingu	4	3,48%
Fulni-ô	4	3,48%
Aweti	4	3,48%
Yanomami	3	2,61%
Mehinako	3	2,61%
Kalabi	3	2,61%
Tenharin	2	1,74%
Kariri Xocó	2	1,74%
Tapirapé	2	1,74%
Macuxi	2	1,74%
Brikibi	1	0,87%

Tuxá	1	0,87%
Wawi	1	0,87%
Wapixara	1	0,87%
Kiseajê	1	0,87%
Gavião	1	0,87%
Walixana	1	0,87%
Xrente	1	0,87%
Matipie	1	0,87%
Cinta Larga	1	0,87%
Suruwaha	1	0,87%
Javali	1	0,87%
Total	115	100,00%

Fonte: Própria autoria

O levantamento e a análise dos registros disponíveis no ASI encontro um viés pois grande parte das fichas de registros estão incompletas ou preenchidas de forma errada, como por exemplo na Tabela 1 aparece Xingu como etnia.

Dentre as etnias foram selecionadas as três que tiveram maior número de atendimentos no ASI, que foram Xavante, Kamayurá e Kalapalo. E por consenso de todos os participantes do ASI evita-se falar do conceito de “sociedade branca” ao se referir à sociedade mais abrangente do nosso país, como utilizado por alguns autores como Villas Boas e Junqueira, pois entende-se que essa denominação não favorece a perspectiva da interculturalidade que o Ambulatório busca reconhecer e estimular nos seus espaços e optou-se por denominar a outros grupos da sociedade como não indígenas. Em relação aos indígenas.

3.1 O XINGU

O parque do Xingu foi idealizado em 1952 em uma mesa redonda por Café Filho, vice-presidente de Getulio Vargas, mas só foi criado mais tarde pelo Decreto nº 50.455 de 1961 tendo como propósito a proteção ambiental, procurando preservar a fauna e a flora intocada da época do descobrimento do Brasil e também a proteção dos povos indígenas que estão localizados dentro do parque prestando assistência e defesa dos contatos com os não indígenas (VILLAS BOAS, 1990) e da

especulação de terras que ocorria por causa da queda do terceiro ciclo da borracha (PAGLIARO, 2005). O parque hoje tem cerca de 30.000 km² e fica situado ao norte do estado do Mato Grosso (VILLAS BOAS, 1990).

Apesar de origens diferentes conforme atestado pelas línguas que falam pertencentes a diferentes troncos lingüísticos, as etnias localizadas no Alto Xingu geralmente têm características culturais muito parecidas. Um exemplo é o ritual *Kwaryp*, em tupi, ou *Egitsü*, em karib, que ficou conhecido como Quarup (GUERREIRO JUNIOR, 2012), é um ritual feito quando morre um índio nobre e os outros índios podem também presentear seus mortos (VILLAS BOAS, 2000). Outra semelhança é a reclusão de meninos e meninas antes da realização dos casamentos como parte de ritual de passagem.

O DSEI Xingu em 2013 com 4 polos-base que atende cerca de 6.596 indígenas pertencentes a oito municípios do estado do Mato Grosso, de dezesseis etnias localizadas em 81 aldeias.

3.2 ETNIA XAVANTE

Os Xavante em busca de liberdade e autonomia migraram para o oeste do rio Araguaia na Serra do Roncador, pois evitavam também o contato com os não indígenas. Tiveram os primeiros contatos pacíficos com equipes do Serviço de Proteção ao Índio – SPI no ano de 1946, antes disso eram considerados guerreiros e bravos, e a pacificação de todos os subgrupos dos Xavante ocorreu ao final da década de 50. Essa pacificação não foi algo fácil para os próprios índios, a diminuição de seus territórios, as reduções demográficas devido a doenças infectocontagiosas e a adequação a padrões sociais e religiosas vindas a partir dos missionários. Com isso, mais a frente, os Xavante conseguiram apoderar-se de conhecimentos que depois pudessem argumentar em favor de ações individuais e coletivas, estabeleceram o não esquecimento da cultura e de seus costumes (COIMBRA e WELCH, 2014).

Na última contagem em 2010 feita pela FUNASA os Xavante tinham cerca de 15.500 pessoas em aproximadamente 197 aldeias abrigadas em Terras Indígenas localizadas em meio a bacias hidrográficas o que permite uma maior biodiversidade na região que é essência da vida indígena, situados mais ao leste do Estado do Mato Grosso. A língua dos Xavante faz parte do tronco lingüístico Jê e podem ser divididos em dois grupos, os que vivem no alto do Rio das Mortes e no Xingu e os que

vivem na região do baixo Rio das Mortes. Essa divisão deu-se a partir de questões geográficas e culturais. Alguns Xavante se denomina católicos pois passaram muito tempo em contato com missionários. Concentrando mais nos que vivem no alto do rio, esses são divididos em três clãs os Poredzaono, os Taptató e os Öwawe, os Podedzaono podem casar tanto com os Taptató quanto com os Öwawe, porém não podem casar-se entre si (FERNANDES, 2005). Os clãs então são constituídos e divididos por famílias e linhagens. (CERQUEIRA, 2009)

Além da divisão em clãs os Xavantes também se dividem por idade, que representa a fase da vida tanto do homem quanto da mulher, e por classes, que são classificadas por diferença de 5 anos de um grupo para o outro. Depois dos 12 anos de idade os meninos vão para a Casa dos Solteiros, onde ficam reclusos e passa por rituais de iniciação, com isso são feitas duas casas separando os meninos por classe. As meninas são escolhidas no mesmo período de iniciação que os meninos estão na Casa dos Solteiros para fazerem parte da mesma classe que eles ao saírem. Depois os dois grupos competem, disputam e cooperam entre si durante a vida (CERQUEIRA, 2009).

Para os Xavante a poligamia é algo normal, se um jovem que esteja em idade de procurar uma esposa escolher uma que possui irmãs mais novas, ele pode casar-se com elas no momento em que vão atingindo a idade necessária (SANTOS, FLOWERS e COIMBRA JR, 2005). Um dos hábitos mais comuns nas aldeias ocorre antes do nascer do sol e ao por do sol, quando os homens mais velhos se reúnem para conversar sobre assuntos ligados a aldeia e enquanto isso as mulheres levam seus filhos para tomar banho no rio, fazem a colheita quando necessário e preparam a comida, mais ao fim da tarde tecem cestos e abanos (CERQUEIRA, 2009).

3.3 ETNIA KAMAYURÁ

Os Kamayurá ficam em uma única aldeia situada na região onde é formado o rio Xingu, em específico mais ao sul da Lagoa Ipavu e se comunicam por uma língua pertencente ao tronco lingüístico Tupi. (AGOSTINHO, 2009) Em 2011 eram cerca de 467 de acordo com o site Povos Indígenas no Brasil. Vivem basicamente da caça de animais pequenos e aves e da coleta de frutos silvestres e da mandioca para o preparo do beiju (JUNQUEIRA, 1975). Seu contato com os não indígenas vem sendo feito desde o século 19 a partir da expedição de Karl Von den Steinen (JUNQUEIRA, 1975). Esse contato levou a diminuição das práticas e costumes, não

só dos Kamayurá, mas de todos os indígenas, como por exemplo, a pesca passa a ser feita com anzol e os poderes curativos do Pajé tem perdido a procura em relação ao dos médicos profissionais.

Para os Kamayurá todos têm que se casar, por isso ocorrem casamentos intertribais, para eles o casamento não é apenas uma forma de procriação mas também fundamental para as relações econômicas que dá-se através da divisão do trabalho (CAMARGO, JUNQUEIRA e PAGLIARO, 2005). Nos primeiros anos do casamento o marido deve se mudar para a casa dos pais da mulher e posteriormente os dois escolhem onde vão morar de vez, mas normalmente voltam para a casa do homem (JUNQUEIRA, 1975). A relação extraconjugal é uma liberdade que pode ser estabelecida no casamento, geralmente com parceiros temporariamente estáveis e sem necessidade de procriação (JUNQUEIRA, 1975).

As mulheres após a primeira menstruação ficam reclusas por no mínimo um ano, o que depende da vontade do pai da moça reclusa, e aprendem a tecer, a cozinhar e fazer artesanato com sua mãe e mulheres da tribo. Seu cabelo não pode ser aparado nesse período para que membros que não são de sua família não a olhem nos olhos. Depois desse período as jovens são apresentadas à comunidade para que arranjem casamento. Os homens Kamayurá também podem passar por um processo parecido, mas esse é facultativo para aqueles que pretendem virar líder ou lutadores (MADEIRA, 2006).

O processo de procriação é algo que pode ser discutido de acordo com sua vontade de ter ou não filhos. Os Kamayurá afirmam ter ervas capazes de prevenir ou facilitar a fecundação (JUNQUEIRA, 1975). Existem também situações onde é permitido o aborto, levando em consideração o status conjugal da mulher ou quando a fecundação é feita fora do casamento em relação extraconjugal (CAMARGO, JUNQUEIRA e PAGLIARO, 2005). O infanticídio é algo considerado para os Kayamurá eticamente correto em situações onde a criança nasce com alguma deficiência, ou quando nascem gêmeos, que para eles é algo vergonhoso, ou quando as ervas para abortar não fazem efeito, nesses casos a criança é enterrada viva após o nascimento (JUNQUEIRA, 1975).

3.4 ETNIA KALAPALO

Os Kalapalo igualmente como os Kamayurá ocupam a parte dos formadores do Rio Xingu mais exatamente aos arredores ao rio Kaluene, em 2011 contava com

cerca de 620 pessoas e se comunicam através de uma língua pertencente ao tronco lingüístico karib (GUERREIRO JUNIOR, 2012). Anteriormente tinham como base uma única aldeia (GUERREIRO JUNIOR, 2008); mais recentemente se dividem em duas aldeias principais e oito aldeamentos menores. O primeiro registro feito do nome Kalapalo foi em 1900 por Herman Meyer, mas o primeiro registro de fato das regiões onde eles habitavam foi feito pelo Capitão Ramiro Noronha (GUERREIRO JUNIOR, 2012).

As aldeias são dispostas de forma circular, no intuito inicial de que todas as casas deveriam fazer parte do mesmo ciclo, porém, após os primeiros anos de casamento onde os genros passam alguns anos na casa de seus sogros, muitos preferiram ficar e construir suas casas atrás ou ao lado das casas dos sogros. No centro da aldeia fica a casa dos homens onde se pintam para festas e onde guardam as flautas *kagutu*, para que as mulheres não as vejam, a mulher que chegar a ver essas flautas é destinada a ter relações sexuais com todos os homens da aldeia menos com seus parentes próximos. Na frente dessa casa, igualmente como os Xavante, os homens se reúnem para conversar sobre assuntos relacionados à aldeia (GUERREIRO JUNIOR, 2008).

Por fazerem parte da população alto-xinguana, existe também a reclusão da menina após a menarca e do menino também ocorrem. Acreditam que a reclusão seja um processo de preparação do corpo e da personalidade do recluso. Diferente das meninas, os meninos ficam isolados no período de dois a seis meses em um decorrer de três a seis anos, no entanto eles podem sair para pescar, ir a escola, ajudar na roça e ser um lutador (LIMA, GONÇALVES JUNIOR e FRANCO NETO, 2007). Eles também acreditam que fazer rituais para seus chefes seja uma forma de deixá-los mais calmos (GUERREIRO JUNIOR, 2012).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como o ambulatório existe para melhor atender e acolher aos pacientes indígenas do HuB nota-se a real necessidade de se estudar mais cada etnia que é atendida ali, pois alguns costumes ou praticas levadas por eles podem ajudar no diagnóstico e tratamento da doença, procurando exercer a prática da interculturalidade contribuindo para novas práticas de atenção e gestão para a mudança de paradigmas e construção de novos processos terapêuticos singulares podendo diminuir a violência institucional.

A experiência vivida com os membros do ambulatório me trouxe esperanças na melhoria do currículo dos cursos na área de saúde, que é carente na parte de atenção as populações vulneráveis como indígenas, ribeirinhos e quilombolas, considerando assim a necessidade de implementação da disciplina de Saúde Indígena como obrigatória.

Levando em consideração as leis que asseguram a comunidade Indígena, no período em que este trabalho estava sendo feito, a proposta da PEC 215 foi aprovada na Câmara onde é transferida para o Legislativo a responsabilidade das terras habitadas pelos povos indígenas, uma situação que pode levar além da perda das terras a perda de cultura e costumes.

Os índios ainda são vistos pela sociedade como pessoa que anda pelado e de cocar e para muitos o índio que sai da aldeia para estudar não é considerado mais índio.

5. REFERENCIAS

- AGOSTINHO, P. Mitos e outras narrativas Kamayurá. 2a edição. Salvador: EDUFBA, 2009;
- ARAUJO, A. V. Povos Indígenas e a Lei dos “Branços”: o direito à diferença. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas. 2002;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Superintendência Estadual do Mato Grosso. Relatório de Gestão 2010 SUEST/MT. 2010;
- CAMARGO, C. P. F; JUNQUEIRA, C; PAGLIARO, H. Reflexões Acerca do Mundo Cultural e do Comportamento Reprodutivo dos Kamaiurá Ontem e Hoje. In: Demografia dos Povos Indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Associação Brasileira de Estudos Populacionais/Abep, 2005, p. 119 – 134;
- CERQUEIRA, C. G. *Zöomo’ri*: a construção da pessoa e a produção de gênero na concepção Xavante. *Wederã*, Pimentel Barbosa, *Etenhiritipá*. Dissertação. 2009. (Mestrado em Antropologia Social). Faculdade de Filosofia, Letras, Ciências Humanas. Universidade de São Paulo;
- COIMBRA JR, C. E. A; WELCH, J. R. Antropologia e História Xavante em Perspectiva. Série Monografias, Museu de Índio - FUNAI, Rio de Janeiro, 2014;
- COSTA, D. C. Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 4(3), 388 – 401, out/dez, 1987;
- Dados gerais do DSEI Xingu. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/25/Dsei-Xingu.pdf> Acesso em 12/12/2015;
- Etnia Xavante. Disponível em: <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/xavante> Acesso em 13/11/2015;
- FERNANDES, E. R. Entre cosmologia, estratégia e performances: incursões Xavante à Funai. Dissertação. 2005. (Mestrado em Antropologia Social). Instituto de Ciências Sociais. Universidade de Brasília;

GARFIRLD, S. As raízes de uma planta que hoje é o Brasil: os índios e o Estado-Nação na era Vargas. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 20, nº 39, p. 15 – 42, 2000;

GUERREIRO JUNIOR, A. R. Ancestrais e suas sombras: uma etnografia da chefia Kalapalo e seu ritual mortuário. Tese. 2012. (Doutorado em Antropologia Social) Instituto de Ciências Sociais. Universidade de Brasília;

GUERREIRO JUNIOR, A. R. Parentesco e aliança entre os Kalapalo do Alto Xingu. Dissertação. 2008. (Mestrado em Ciências Sociais) Centro de Educação e Ciências Humanas. Universidade Federal de São Carlos;

HOEFEL, M.G. R; SEVERO, D. O; BERMUDEZ, X. P; et al. PET- Saúde Indígena UnB: construindo redes interculturais de saúde. *Tempus Acta de Saúde Coletiva*, Brasília, 9(1), 43 - 63, mar.,2015;

JUNQUEIRA, C. Os índios Ipavu: Um estudo sobre a vida do Grupo Kamaiurá. São Paulo: Ática, 1975;

LIMA, M. S; GANÇALVES JUNIOR, L; FRANCO NETO, J. V. A construção do corpo indígena Kalapalo (Alto Xingu – Brasil): Processos Educativos Envolvidos. In: XV Jornadas de Jóvenes Investigadores de lá AUGM, 2007, Asunción. Actas... Asunción: AUGM, 2007;

MADEIRA, S. P. Ritual de iniciação no Alto Xingu: a reclusão feminina Kamayurá. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, EDUFSC, n – 40, 403 - 421, out., 2006;

NAKAMURA, E. O Método Etnográfico em Pesquisas na Area da Saúde: uma reflexão antropológica. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.1, p.95-103, 2011;

PAGLIARO, H. A Revolução Demográfica dos Povos Indígenas: a experiência dos Kaiabi do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso. In: *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Associação Brasileira de Estudos Populacionais/Abep, 2005, p. 79 – 102;

Quantidade de Kamauyurá: Disponível em: <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/kamaiura> Acesso em: 12/12/2015;

SANTOS, R. S; FLOWERS, N. M; COIMBRA JR, C. E. A. Demografia, Epidemias e Organização Social: os Xavante de Pimentel Barbosa (*Etéñitépa*), Mato Grosso. In: *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Associação Brasileira de Estudos Populacionais/Abep, 2005, p. 59 – 78;

VILLAS BOAS, O. VILLAS BOAS, C. Xingu: os índios, seus mitos. 8. Ed. Porto Alegre: Kuarup, 1990;

VILLAS BOAS, O. A arte dos Pajés: impressões sobre o universo espiritual do índio xinguano. São Paulo: Globo, 2000.